



# 初診問診票



言葉が話せないネコちゃんに代わってお答えください。診察をする上で大切な資料となります。

## ★飼い主様

ふりがな	お電話番号
お名前	TEL (      )      —
ご住所(マンション・アパート名などもご記入ください)	緊急連絡先
〒      —	(携帯電話など)      —      —

## ★ネコちゃん (□にv印をつけてください)

お名前	猫の種類(猫種を記入)	性別
ちゃん	純血種(      ) MIX(      )	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢済 <input type="checkbox"/> 避妊済
お誕生日	毛色	性格
年    月    日(    歳)	(      色)	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 噛むことあり <input type="checkbox"/> その他
入手方法	いつも生活している場所	いつも食べているもの
<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 完全室内飼育 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 主に室内(外出自由)	<input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 人の食べ物 *メーカー 商品名(      )

### ●当院をどのようにお知りになりましたか？

- ご紹介(      様      ちゃん)  
看板    パンフレット    電話帳    当院ホームページ  
新聞チラシ    携帯ホームページ    牧の原モアに来て  
知人に聞いた    その他(      )

### ●本日の来院の理由は？

- 具合が悪そうだから  
どこが悪そうですか？  
どんな症状ですか？  
いつからですか？  
健康チェック      混合ワクチン接種  
マイクロチップ      ノミ・ダニの予防・駆除  
その他相談など(      )

### ●定期的に混合ワクチンを接種していますか？

- はい、毎年している(3・4・5種)  
時々している(最後はいつ?      年前)  
いいえ

### ●ウイルス検査を受けたことがありますか？

- はい    猫エイズ FIV    陽性・陰性  
           猫白血病 FeLV    陽性・陰性  
いいえ

### ●定期的なノミ・ダニ予防はしていますか？

- はい(市販の薬      動物病院の薬)      いいえ

### ●今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

- はい (いつ頃どんな病気?      )  
いいえ

### ●今までに注射や薬で副作用が出たことはありますか？

- はい(      )  
いいえ

### ●マイクロチップは入っていますか？

- はい      いいえ

### ●ペット保険に入っていますか？

- はい(会社名:      )      いいえ

ご協力ありがとうございました。牧の原どうぶつ病院